Z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał

Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

I.

Trzy przypadki trepanacyi wyrostka sutkowego kości skroniowéj.

Przypadek 1szy. Stanisław Winiarz ze Lwowa, liczący lat 6, uderzony został w sierpniu 1885 r. piłką sprężystą spadającą ze znacznéj wysokości w ucho prawe, poczém zaczął doznawać silnego bólu głowy, wymiotów i bezsenności przez dni kilka, późniéj ból głowy i bezsenność występowały tylko czasami, chory jednak sypiał niespokojnie i zrywał się w łóżku; równocześnie zauważano pogorszenie słuchu w przeciągu kilku dni, chory stał się przytem smutnym i złośliwym. W grudniu 1885 r. wystąpił wśród rwącego bólu i porażenia prawego lica czerwony obrzęk wielkości jaja kurzego za témże uchem, a po pęknięciu tegoż otwór dotąd pozostał. Z wystąpieniem obrzęku za uchem słuch jeszcze bardziéj pogorszył się.

Badanie: Chłopczyk anemiczny, o wyrazie twarzy zołzowym; gdy śmieje się lub płacze, wpada w oko porażenie n. twarzowego prawego; poniżéj małżowiny usznéj lewéj ro-

pień zimny. W odległości 2 cm. od tylnego brzegu mocno odstającéj muszli usznéj prawéj wrzód o wiotkich ziarninach wielkości pół centa, w który wprowadzony zgłębnik wchodzi w jamę otoczoną kością chropawą; w przewodzie usznym prawym polip; wypływ ropny z tegoż przewodu; chory słyszy uchem prawém głos zwyczajny na odległość 1 metra, również uchem lewém; zastósowanie sposobu Politzera obustronnie poprawia słuch tylko w uchu lewém do percepcyi zwyczajnego głosu tylko na 4 metry (?); w uchu prawém po tym zabiegu słuch nie poprawił się. Rozpoznanie brzmiało: *Caries (et necrosis?) proc. mastoid. dextr. post trauma subsequente otitide med. dextr. suppurat. Polypi cavi tympani dextr.* Zalecono ojcu dziecka poddanie tegoż operacyi, którą przy łaskawéj asystencyi Dra Schramma wykonałem 1 maja 1886.

Po dokładném oczyszczeniu pola operacyjnego poprowadziłem w narkozie chloroformowéj cięcie w odległości 1 cm. za brzegiem przyczepienia muszli usznéj prawéj równoległe do tegoż brzegu około 5 cm. długie do kości drążące (cięcie Wildego). Wyważono okostnę po obu brzegach cięcia za pomocą elewatora i przekonawszy się zgłębnikiem, że granulacyje wspólniczą z uchem środkowém, po usunięciu blaszki zewnętrznéj czaszki nekrotycznéj usunięto łyżeczką Volkmanna obfite granulacyje w ubytku kostnym i oddłutowano brzegi chropowatéj kości wyrostka sutkowego w kierunku ku dołowi i wewnątrz; ubytek ztąd powstały miał kształt lejkowaty, był około 2 cm. głęboki i łączył się przytem z jamą bębenkową, z któréj również przez przewód słuchowy zewnętrzny łyżeczką Volkmanna usunięto granulacyje. Krwawienie z kości było mierne; w ranie u góry i dołu założono po jednym szwie; po wystrzykaniu jéj sublimatem wsunięto średniéj grubości dren nawskróś przez przewód słuchowy zewnętrzny, na to opatrunek z gazy jodoformowéj. Polecono spokój, dyjetę ścisłą i w razie braku wypróżnienia *ol. Ricini*.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał z początku nic szczególnego; w 2 dni po operacyi wydobyto szwy. Opatrunek zmieniono 7 i 22 Maja i 2 Czerwca. Od ostatnich

dni Maja użalał się chory na ból głowy; 7 Maja przy zmianie opatrunku na szczycie jamy wypełnionéj wiotkiemi ziarninami w wysokości zewnętrznego przewodu słuchowego widać wśród granulacyj obumarłą obnażoną kość na przestrzeni $^3/_4$ cm.; chory od 10—14 czerwca nieco niespokojniejszy użala się na ból głowy w miejscu rany; przy następnéj zmianie opatrunku 14 czerwca, nie widząc dążności do pokrycia się granulacyjami obnażonéj blaszki kostnéj, zachloroformowałem chorego, wydobyłem łyżeczką Volkmanna blaszkę tę odpowiadającą wewnętrznéj blaszce czaszki 1 $^1/_4$ cm. długą, a $^1/_2$ cm. szeroką i wyskrobałem ostrożnie w głąb drążące granulacyje, przyczém zauważyłem masę białawą, którą podejrzywałem jako istotę mózgową; natychmiast prawie wypukliła się z dna ubytku w kości biaława istota podobna do mózgowéj; palcem wprowadzonym w otwór ten stwierdziłem tętnienie i wszedłem w jamę wypełnioną masą sprężystą, czyniącą przy dotyku wrażenie istoty mózgowéj; za pomocą wzroku można było stwierdzić również tętnienie téj istoty. Dość obfite broczenie krwi wstrzymano tamponikami z gazy jodoformowéj, któremi téż po wystrzykaniu rany roztworem sublimatu (1: 1000) i wdmuchaniu proszku jodoformowego ją wytamponowano; opatrunek jodoformowy uciskowy. Polecono choremu przez dni kilka pozostać w łóżku i zachować zupełny spokój i ścisłą dyjetę. Granulacyje wydobyte przedstawiały bryłki białe podobne do istoty mózgowéj dla tego zachowano je i zbadano w pracowni anatomicznéj prof. Kadyjego. Wśród gęstéj sieci włókien neuroglii liczne komórki trójkątne drobne, nadto drobne nieregularnie ukształtowane k o m ó r k i z w o j o w e — obraz odpowiadający z e w n ę t r z n é j w a r s t w i e k o r y m ó z g o w é j Schwalbego, a mianowicie warstwie jéj głębszéj: małych komórek piramidalnych.

Dalszy przebieg nie przedstawiał nic nieprawidłowego, tętno tylko w pierwszych dniach po tym zabiegu było nieco przyspieszoném. Opatrywano ranę co tydzień, podczas ostatnich opatrunków tuszowano granulacyje kamieniem piekiel-

nym i po 14 opatrunkach następnych rana zabliźniła się, pozostawiając dość głęboki dołek w kości.

P r z y p a d e k 2gi dotyczył 22-letniego urzędnika kolejowego Pana B., który zgłosił się do mnie 10 sierpnia z obrzękiem za uchem lewém użalając się na silny ból głowy, bezsenność zupełną od 3 tygodni w następstwie cieczenia z ucha lewego i częstego krwawienia. Za wysadzoną muszlą uszną lewą znajdował się dość znaczny płaski zaczerwieniony obrzęk, na którego szczycie był wrzód granulujący wielkości główki od szpilki. Badanie przewodu usznego wykazało tamże polipa wśród obficie wypływającéj ropy. Rozpoznano ropień w wyrostku sutkowym w następstwie zapalenia ropnego ucha środkowego i polecono bezzwłoczne poddanie się operacyi. Wykonano ją dopiero 21 sierpnia. Postępowano zupełnie w ten sam spoósób, jak w pierwszym przypadku, cięcie jednak musiano przedłużyć ku górze do długości 7 cm., gdyż ognisko zawierające sekwester wypełnione serowatą, zagęszczoną ropą sięgało tu bardzo wysoko; w skutek tego przy dłutowaniu musiano być bardzo ostrożnym z powodu niebezpieczeństwa nadwerężenia zatoki poprzecznéj. Ubytek kostny stanowił lejek przeszło 2 cm. głęboki, spólniczący z jamą bębenkową, który na wskróś przedrenowano; ranę zespojono szwem kuśnierskim. 4go dnia po operacyi rana zgoiła się *per primam* aż do miejsca drenu, wyjęto szwy, 7go dnia zaś usunięto dren; przy 3cim opatrunku rana zupełnie zabliźniona. Chory od dnia operacyi sypia spokojnie, ból i zawrót głowy ustąpił zupełnie.

P r z y p a d e k 3ci. Rachela Schwarzowa z Bolechowa l. 19 od 3 miesięcy cierpi na cieczenie z ucha lewego od 3 tygodni zaś na silne bóle w głowie osobliwie w tyłogłowiu i uchu lewém i na bezsenność; równocześnie z wystąpieniem bólów głowy powstał obrzęk bolesny za uchem lewém. Ból głowy występuje w napadach w kilkuminutowych odstępach; nadto chora w ostatnich dniach kilka razy dziennie wymiotuje; od dwóch dni zauważano porażenie prawéj połowy twarzy. Chora znajduje się w 6 miesiącu ciąży. Badanie wykazuje u mocno wychudłéj anemicznéj kobiety ob-

rzęk płaski okolicy wyrostka sutkowego lewego wielkości i kształtu muszli stawowéj; skóra na tymże lekko obrzękła, blada; wyraźne chełbotanie obrzęku; z zewnętrznego przewodu słuchowego ciecze sporemi kroplami ustawicznie ropa mocno cuchnąca zmięszana z brunatnawą posoką; perkusyja kości skroniowéj zwiększa ból. Dla silnych bólów zaniechano badania za pomocą wziernika i zgłębnika. Objawy te przemawiały za rozpoznaniem: *caries* (*et necrosis?*) *proc. mastoid. sin. ex ostitide media chron. suppurativa.* Polecono natychmiastowe poddanie się operacyi, którą 17 października przy łaskawéj asystencyi Dra Schramma wykonałem. W narkozie chloroformowéj oględnie bardzo stósowanéj cięciem Wildego, otwarto ropień, za pomocą raspatora obnażono kość od przodu i tyłu cięcia i wnet odkryto ognisko wielkości orzecha tureckiego, wypełnione granulacyjami, które łyżką Volkmanna usunięto; następnie z łatwością z miejsca tego wprowadzono zgłębnik kanałem drążącym do ucha środkowego, oddłutowano ściany tego kanału wypełnionego granulacyjami i w głębi natrafiono na obumarłą kość, którą wydobyto; okazała ona się przy dokładniejszém badaniu i porównaniu z preparatami anatomicznemi, jako wewnętrzna blaszka czaszki, a mianowicie, jako ściana zatoki poprzecznej. Po dokładném usunięciu błon wrzekomych ropnia za pomocą zakrzywionych nożyczek założono gruby dren w dolny kąt rany, którą opylono jodoformem i zespojono szwem węzełkowym; wprowadzono gazę jodoformową do zewnętrznego przewodu słuchowego i nałożono na ranę szczelny opatrunek jodoformowy.

Po kilkakrotnym opatrunku chora opuściła Lwów 16/11, a Dr. Podłuski doniósł mi wkrótce z Bolechowa, że rana w kilka dni potem, po kilkakrotném zastósowaniu maści lapisowéj, zupełnie zabliźniła się, a wydzielina z ucha zmniejsza się widocznie pod wpływem przestrzykiwań z rozczynu borogliceridu i wdmuchiwań do ucha kwasu borowego.

Przypadek pierwszy zasługuje na szczególne uwzględnienienie z powodu zajęcia sprawą chorobową kory mózgowéj, na co mamy niezbite dowody w preparatach anatomicznych;

bardzo ciekawém zjawiskiem jest brak w obce tego objawów zapalenia opon mózgowych; przypadki podobne nie są mi znane. Etyjologija pierwszego przypadku jest również bardzo ciekawą; uraz dał powód do próchnienia wyrostka sutkowego, a w następstwie wywołał ropienie i przebicie ku jamie bębenkowéj. Ciekawém także jest następowe porażenie n. twarzowego powstałe prawdopodobnie w skutek arozyi kanału Fallopii; być może, że przyszło tu także równocześnie do arozyi kanału *semicircularis extern.* i ropienia w błędniku, jak to nam tłumaczy równoczesne znaczne upośledzenie słuchu. Upośledzenie słuchu w uchu prawém zauważano dopiero w kilka dni po urazie; czy nie wystąpiło ono zaraz po urazie, trudno sprawdzić; w ostatnim razie należałoby je sobie tłumaczyć uszkodzeniem nerwu słuchowego podczas urazu; upośledzenie słuchu w drugiém uchu odnieść należy albo do działania samego urazu, albo do zwyrodnienia na drodze sympatycznéj. Poszukiwanie w wyskrobanych granulacyjach laseczników gruźliczych, których pomimo skrzętnych poszukiwań Schwartzego nie udało mu się w żadnym przypadku wykazać, dało i naszym pomimo wielokrotnych poszukiwań, wynik ujemny. W nowszych czasach udało się Kretschmannowi wykazanie laseczników gruźliczych w granulacyjach pochodzących z pruchniejącego wyrostka sutkowego. Drugi przypadek był powikłany rozległością sprawy chorobowéj ku górze, przez co znaczném było niebezpieczeństwo, nadwerężenia zatoki poprzecznéj. Sekwester wydobyty w przypadku 3cim przedstawia blaszkę kostną rynienkowato zagłębioną, odpowiadającą zupełnie zatoce esowatéj, brak znaczniejszego krwotoku przemawia za tém, że zatoka poprzeczna nie została otwartą; prawdopodobnie przyszło tu do zgrubienia ścian zatoki, które uchroniło zatokę od uszkodzenia podczas operacyi. Że pomimo otwarcia zatoki wyleczenie nastąpić może, za tém przemawiają spostrzeżenia kazuistyczne (por.: Schwartze l. c. *pag. 323*; *Guye Rep. of the Brit. med. Association 1881)*.

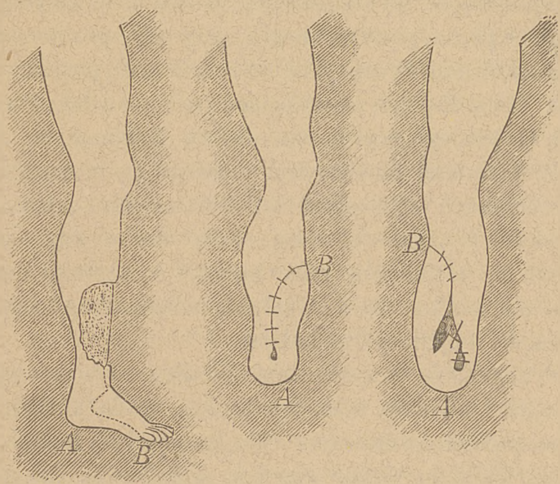
Co się tyczy leczenia następowego to zastósowaliśmy we wszystkich 3 przypadkach ścisły opatrunek antyseptyczny

jodoformowy i uważamy to postępowanie jako odpowiadające nowoczesnym wymogom chirurgii antyseptycznej w przeciwstawieniu do poleconych przez Schwartzego częstych irygacyj rozczynem solnym $^3/_4$ % z dodatkiem 1% karbolu za pomocą klysopompy! Powolne gojenie się pierwszego przypadku odnieść musimy do obecności skazy zołzowéj [1]).

II.

Amputacyja dermoplastyczna podług Keetleya wykonana z powodu rozległego wrzodu podudzia.

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.



W Nrze XXII *Lancetu* z 28 listopada 1885 podał C. B. Keetley z Londynu metodę, za pomocą któréj uniknąć można amputacyi w miejscu wyboru w przypadkach rozległych niedających się zgoić wrzodów podudzia zastosowaniem zmodyfikowanéj amputacyi Symego przez przeniesienie płatu z podeszwy na przednią część podudzia i pokrycie nim oczyszczonego wrzodu. Keetley wykonał operacyję tę raz tylko i to z dobrym wynikiem, polecając ją dalszym próbom.

[1]) Wszystkie trzy przypadki przedstawiłem na posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Towarz. lekarskiego gal., jak również razem z prof. Dr. Kadyiem preparaty drobnowidowe z 1 przypadku.

Przypadek jego był powikłany znacznym krwotokiem, podczas i po operacyi; do zatamowania krwotoków użyto silnego ucisku z karbolowych gąbek a następnie polewania gorącą wodą karbolową; trzeciego dnia po operacyi płat trzymał się zupełnie przedniéj powierzchni podudzia a w 6 tygodni chory mógł znosić najsilniejszy ucisk wywierany na kikut, który był z początku nieco niezgrabnym. Operacyi téj, o ile mi wiadomo, nikt nie zastósował.

Przypadek Keetleya zachęcił mnie do wykonania téj nowéj operacyi u jednego chorego w szpitalu i niedawno miałem sposobność wykonania jéj w oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala powszechnego: przy téj sposobności składam podziękowanie Drowi Ziembickiemu, prymaryjuszowi oddziału, który chętnie na wykonanie jéj pozwolił. Przypadek dotyczył 60-letniego wyrobnika Józefa Romana ze Lwowa. Dolne $^2/_3$ przedniéj powierzchni prawego podudzia zajmował wrzód o brzegach wyniosłych łatwo krwawiący pozostawiając z tyłu podudzia pasmo zdrowéj skóry około 4cm. szerokie. Chory był już niezliczone razy leczony w szpitalu a cierpienie stało mu się już do tego stopnia uciążliwém, że sam prosi o wykonanie amputacyi podudzia.

Po zupełném oczyszczeniu okolicy wrzodu szczotką, wodą ciepłą i mydłem a następnie 5% wodą karbolową założono po zachloroformowaniu chorego powyżéj kolana opaskę Esmarcha. Okolono wrzód cięciem sięgającém do głębokiéj powięzi podudzia; okoloną cięciem przestrzeń oczyszczono łyżeczką Volkmanna z granulacyj aż do głębokiéj powięzi; strzępy chrząstkowato twardéj tkaniny pozostałe podczas łyżeczkowania z powodu głęboko sięgających blizn w obwodowych częściach wrzodu usunięto nożyczkami zakrzywionemi i przegotowano w ten sposób mniéj lub więcéj gładką podstawę dla płatu, który miał być nałożonym na miejsce dawnego wrzodu. Podstawę tę stanowiła w przeważnéj części głęboka powięź mięśni podudzia, w części zaś pokryta okostną kość podudzia miejscami pozbawiona okostny przy łyżeczkowaniu w skutek głębokich blizn w tych miejscach. Poprowadzono potém cięcie na poprzek grzbietu stopy (jak dla amputacyi

Symego) sięgające od miejsca tuż poniżéj kostki zewnętrznéj do punktu na cal przed i nieco poniżéj od kostki wewnętrznéj. Cięcie to połączono pionowém z wrzodem. Następnie otworzono staw skokowy górny (pomiędzy kośćmi: skokową a goleniową i strzałkową) i wykrojono płat z podeszwy, zajmujący całą szerokość i długość téjże a zawierający wszystkie części miękkie (przez prowadzenie cięcia tuż przy kościach). Wyłuszczenie następne kości piętowéj przedstawiało znacznie większe trudności aniżeli przy wykonaniu operacyi Symego. Kości podudzia obnażono do wysokości 4cm., gdzie je odpiłowano. Przyłożono zaraz olbrzymi płat na miejsce przeznaczenia, przyczém się okazało, że wewnętrzna część ubytku na przestrzeni około 4cm. kwadratowych całkowicie pokryć się nie da; do częściowego pokrycia użyto wewnętrznego płatu skóry pozostałego z mostka, łączącego dolną granicę wrzodu z pierwszém cięciem według Symego (patrz fig. 3). Podobny płat skórny zewnętrzny wycięto jako zbyteczny. Po podwiązaniu stosunkowo niewielkiéj liczby naczyń i zatamowaniu krwotoku miąższowego z płatu przez uciskanie tegoż wacikami sublimatowemi przestrzykano jeszcze raz pole operacyjne rozczynem sublimatu (1:1000), założono na poprzek dość gruby dren, podniesiono płat, przystósowano takowy i przytwierdzono zakładając ostrożnie głębokie szwy, ostrożnie gdyż tkanka naokoło ubytku była bardzo kruchą i łatwo się przedzierała; musiano tu skórę dość daleko podminowywać igłą, ażeby ją wykłuć w zdrowém utkaniu i ażeby w ten sposób uniknąć przedzierania się kruchych tkanin. Opatrunek z gazy jodoformowéj, mierny ucisk za pomocą waty Brunsa i organtynowych bandaży; elewacyja odnogi na podłożonych sieczkowych poduszkach. Chory po operacyi swobodny, tętno 100, pełne; polecono podawać choremu wino; wieczorem stan bezgorączkowy, tętno 100.

27/7 rano tętno 130, ciepłota 39,5°, chory niespokojny, czasem ma majaczyć, język suchawy; polecono po 0·80 *Chin. muriat.* 2 razy dziennie i 3 razy dziennie po 10 kropli *Tra opii simplex*, wieczorem tętno 120, ciepłota 39,5°.

28/7 rano tętno 120, ciepłota 38,5; zmiana opatrunku, płat w całości blady, na pięcie siny, również i mały płat zsiniał; przy skaryfikacyjach pięty wydobywa się ciecz surowicza. Irygacyja częsta sublimatem i 5% karbolem. Zgorzel mimo to codziennie postępowała wyżéj wśród podniesienia ciepłoty do 38,5; 30/7 cały płat był czarny.

30/7 wykonano amputacyję dolnéj części uda sposobem Cardena. Przy zmianie opatrunku 2/8 zewnętrzna część rany zespoiła się *per primam*, wewnętrzna zaś część zsiniała. Szybko nastąpiło zupełne wygojenie po oddzieleniu się zgorzelinowéj wewnętrznéj części płatu a chory 3/9 o szczudle opuścił szpital. Jakkolwiek wyraźny krwotok miąższowy z płatu podeszwowego podczas operacyi przemawiał za nienaruszeniem tętnicy łydkowéj tylnéj podczas operacyi, to jednak z ciekawości zbadałem dokładnie przebieg téj tętnicy w kikucie amputowanym. Badanie to było bardzo utrudnioném z powodu gnicia kikuta; tętnica łydkowa tylna w miejscu przejścia w płat znajdowała się w miazdze zgorzelinowéj i dała się łatwo od płatu oddzielić; wewnętrzna ściana tętnicy przedstawiała znaczne zmiany miażdżycowe; te same zmiany przedstawiały *A. tibial. antica* i *A. poplitea*. Jakkolwiek wynik téj operacyi w naszym przypadku był niekorzystnym, to jednak operacyja ta pozostawiająca prawie pierwotną długość odnogi (jak amputacyja Symego) i mniejsze poczucie kalectwa niż amputacyja w miejscu wyboru w odpowiednim przypadku mogłaby mieć racyję bytu. W naszym przypadku znaczna sprawa miażdżycowa tętnic podudzia (częsta przyczyna zgorzeli płatów amputacyjnych) prawdopodobnie przyczyniła się do niekorzystnego wyniku. Zresztą w razie niepowiedzenia się zazwyczaj da się wykonać następnie amputacyja w miejscu wyboru. W naszym przypadku wykonaliśmy amputacyję Cardena z powodu znacznych blizn pola operacyjnego w miejscu wyboru.

III.

Amputacyja przypadkowa palca wielkiego u ręki prawéj z otwarciem stawu nadgarstkowo-palcowego pierwszego; zeszycie za pomocą srebrnego druta odłamków kostnych, zeszycie przeciętych ścięgien mięśniowych. Wyleczenie z zupełną ruchomością palca.

Daniło Krzywiński, 16-letni chłopiec, z Pikułowic zraniony został 10 listopada 1886 w południe sieczkarnią w rękę prawą. Powstały ztąd znaczny krwotok starano się zatamować chlebem z masłem i opaską. Tegoż dnia o godzinie 6éj wieczorem zgłosił się do mnie z raną kostną oddzielającą na wskróś główkę od trzonu kości nadgarstkowéj pierwszéj prawéj a przebiegającą pionowo i nieco ukośnie do osi kości; na grzbiecie téjże rany kostnéj znajdowała się nieregularna rana szarpana, płatowa, części miękkich; na obwodowych częściach rozwartéj rany po odwinięciu płatu dały się odszukać przecięte ścięgna mięśni: *extensor pollic. longus et brevis*; końce przeciętych ścięgien były oddalone od siebie blisko na 3cm. Rana przechodziła z jednéj strony na stronę dłoniową ręki a mianowicie na brzusiec palca wielkiego, z drugiéj zaś strony stała w związku z drugą nieregularną płatową przebiegającą wzdłuż całéj długości palca wskazującego po jego stronie dłoniowéj. W ten sposób palec wielki wisiał tylko na częściach miękkich brzuśca swego. Staw nadgarstkowo-palcowy pierwszy był otwartym a oba odłamki kostne można było przesuwać ponad sobą. Chory mógł palec wielki zginać, nie mógł go jednak wyprostować.

Przy łaskawéj pomocy Dra Wehra przystąpiłem do założenia szwu kostnego i szwu ścięgien. Po dłuższéj elewacyi odnogi i założeniu w środku przedramienia sprężystego węża Esmarcha oczyszczono dokładnie ranę wodą ciepłą, szczotką, mydłem i 5% karbolem. Przewiercono oba odłamki kostne świderkiem kostnym w dwóch miejscach i zespojono dokładnie za pomocą 2 szwów z drutu srebrnego średniego kalibru. Obcięte krótko końce skręconego drutu wgnieciono w kość. Następnie za pomocą nożyczek zakrzywionych odświeżono

części obwodowe przeciętych ścięgien obu mięśni i założono 3 szwy jedwabne nawskróś przez oba ścięgna w okolicy $^1/_2$ cm. od przeciętych brzegów; końce ścięgna wyprostującego długiego przybliżyłem przytém dwoma węzłami chirurgicznemi, mięśnia krótkiego zaś jednym węzłem. Do szwu ścięgien użyłem Nru 1 jedwabiu wygotowanego w 5% karbolu i zwyczajnéj zakrzywionéj igły; ujmowałem przytém całą grubość ścięgien. Ranę na całéj długości zespoiłem szwem kuśnierskim, przyczém założyłem 2 dreny: jeden w zatokę wzdłuż rany palca wskazującego, drugi zaś w kącie między oboma palcami. Po oczyszczeniu rany sublimatem założyłem opatrunek sublimatowojodoformowy, ustaliłem odnogę szyną z tektury i usunąłem węża Esmarcha.

Gojenie odbywało się przy dość znaczném ropieniu; 22/11 usunięto dreny, a 26/12 rana na całéj przestrzeni zabliźniła się; ruchomość palca wielkiego jest zupełną w obydwu kierunkach; palec wskazujący jest nieco sztywny; dla tego kilkanaście razy wykonano forsowne zgięcie tegoż i polecono choremu powtarzać zginania podobne często; szynę usunięto; założono jeszcze opatrunek z waty Brunsa i opaski organtynowéj krochmalonéj. Po zastósowaniu kilkunastorazowém forsownego zgięcia palca wskazującego ruchomość tegoż powróciła zupełnie.

W przypadku powyżéj opisanym nie zastósowaliśmy, pomimo pierwotnego planu, żadnego ze sposobów szycia ścięgien podanych niedawno przez W ö l f l e r a (*Wien. med. Woch.*, 1884, Nr. 49, str. 1454), zapewniających dokładniejsze zbliżenie końców przeciętych, obawiając się nekrozy tychże, wyniknąć mogącéj z zaciśnięcia dla wąskości tychże ścięgien, jak to miało miejsce w kilku przypadkach W ö l f l e r a (l. c.). Że prosty przez nas użyty sposób szycia w naszym przypadku nie zawiódł, pomimo oddalenia kikutów ścięgien, udowadnia nam to przywrócenie zupełnéj funkcyi ścięgien. Do szwu kostnego użyłem z korzyścią srebrnego drutu, przekonawszy się na kilku resekcyjach kolana, że zrost odłamków kostnych po zastósowaniu tego materyjału do szycia bywa nadzwyczaj silnym; nadto pozostawić go można bez szkody dla organizmu

na zawsze w odłamkach kostnych, co też i w tym przypadku uczyniłem.

Obawiałem się w tym przypadku nekrozy główki kości nadgarstkowéj z powodu otwarcia stawu; obawa ta jednak na szczęście nie sprawdziła się, a krążenie na około szyjki było dostateczném do odżywienia główki. Hüter (*Chirurg.* II wyd., II tom, IV odd. str. 89) radzi wprawdzie w przypadkach odcięcia główki falangi palca albo kości nadgarstkowéj wyjąć ją jak przy resekcyi twierdząc, że w razie pozostawienia i przyrośnięcia główki przyszłoby do tak znacznego przerostu torebki stawowéj (dołączającéj się zazwyczaj do wytworzonéj kostniny), że powstałaby ztąd ankiloza utrudniająca funkcyję palca. W naszym przypadku pozostawienie główki nie upośledziło wcale funkcyi palca.

IV.

Stafilorafija w przypadku wrodzonéj całkowitéj szpary podniebienia miękkiego.

Przypadki wrodzonéj całkowitéj szpary podniebienia miękkiego nie należą do częstszych wad utworowych a wyniki operacyi w takich przypadkach nie zawsze uwieńczone bywają zupełnym skutkiem, raz dla częstego rozejścia się szwów, powtóre dla tego, że cel operacyi często nie bywa osiągniętym, t. j. mowa, nawet po zupełném zrośnięciu się brzegów szpary, nadal pozostaje upośledzoną (ma oddźwięk nosowy). W przypadku moim pod obu względami wynik operacyi był dobrym.

Stanisław C. z Czerniowiec, lat 21 liczący, zgłosił się do mnie d. 18 kwietnia 1886 r. celem wykonania operacyi na jego podniebieniu, głównie z powodu znacznie upośledzonéj od lat dziecięcych mowy. Badanie wykazało zupełną szparę w podniebieniu miękkiém do 7cm. długą, sięgającą aż ku podniebieniu twardemu; ramiona téj szpary kończyły się dwoma języczkami oddalonemi od siebie na 4cm. Chory ma mowę niezrozumiałą, osobliwie zaś głosek *t* i *k* nie rozróżnia, wymawiając *t* wszędzie zamiast *k*. Nie zaręczając za zupełnie dobry wynik operacyi ze względu na wymowę wy-

konano takową d. 19/4 1886 przy łaskawéj asystencyi Drów Schramma i Ziembickiego. Podniebienie siedzącego na zwykłém krześle chorego znieczulono rozczynem kokainu 1:10. Najpierw założono 7 szwów z drutu srebrnego średniéj grubości za pomocą zakrzywionéj igły o długim trzonku w odległości przeszło $^1/_2$ cm. od lewego brzegu szpary, końce drutów wydobyto na zewnątrz, wprowadzono pętle jedwabne tą samą igłą w téj saméj odległości z prawéj strony szpary, zagięto końce drutów i na pętlach przeprowadzono na drugą stronę ubytku. Szwy zakładano poczynając od dolnéj części ubytku; język przytrzymywano podczas tego zwykłą szpatułką. Następnie przystąpiono do odświeżenia brzegów szpary. Usuwając starannie krew broczącą z miejsc wkłucia igły za pomocą wacików na długich trzonkach drewnianych umocowanych i w $2^1/_2$% wodzie karbolowéj poprzednio zanurzonych skokainizowano i odświeżono jak najszerzéj prawy brzeg szpary bisturem gałkowatym o długim trzonie tnąc od dołu i umocowując prawy języczek długą pincetą haczykową i haczykiem ostrym o długim trzonie; posuwając nóż tam i napowrót starano się z błony śluzowéj jamy ust wyciąć więcéj niż z błony śluzowéj nosa. Takie samo cięcie poprowadzono po stronie lewéj ubytku rozpoczynając je również od dołu. Zakokainizowano skrajne brzegi podniebienia miękkiego osobliwie poza *hamulus pterygoideus*, gdzie wbito następnie obustronnie tenotom sierpowaty zwrócony ostrzem ku przodowi i od tyłu ku przodowi okolono tymże haczek skrzydlasty, wbijając tenotom obustronnie do głębokości $^1/_2$ cala; przecięto w ten sposób większą część włókien mięśni: *M. levator palati* i *M. palato pharyngeus.* Wystąpiło silne krwawienie i zapad; zatamowano krwotok po dłuższém przestrzykiwaniu rozczynem nadmanganezianu potasowego z lodem. Następnie dokładnie przybliżając brzegi rany związano szwy zaczynając od dołu za pomocą zwyczajnego węzła i następnego skręcenia drutów. Operacyja sama trwała $1^1/_2$ godziny.

Przebieg pooperacyjny. W $^1/_2$ godziny po operacyi chory niespokojny; nieco późniéj silny zapad; tętno 140 nitkowate; po elewacyi odnóg dolnych i wstrzyknięciu podskór-

ném 1·00 eteru uspokoił się, odkrztusił kilka brył skrzepłéj krwi kilka razy do wieczora. O godz. 7éj wieczór ciepłota 39·5, tętno 120, chory senny; o godz. 10 wieczór po przestrzykaniu ust rozczynem nadmanganezianu potasowego nakarmiono go bulijonem i winem. 20/4 rano ciepłota 36·8, tętno 88, wieczorem o godz. 9éj ciepł. 39·00, tęt. 120. Od 21/4 stan bezgorączkowy a nawet ciepłota podnormalna. Odtąd karmiono chorego 3 razy dziennie głównie rosołem z wyciągiem Liebiga, bulijonem z jajami, winną polewką, winem i mlekiem. D. 22/4 oczyszczono ranę środkową karbolem 2½% i opylono jodoformem; z powodu ponownego wypadnięcia tamponików z ran w bocznych częściach podniebienia rozwarto je i po oczyszczeniu dokładném zatamponowano gazą jodoformową. Rana środkowa wydaje się być w zupełności zrośniętą.

Przebieg dalszy nie przedstawiał nic szczególniejszego, był tylko powikłany zapaleniem oskrzeli, ztąd kaszlem, który poskromiono znaczniejszemi dawkami morfinu. Dziewiątego dnia po operacyi usunięto 5 przednich węzłów drutowych, dziesiątego zaś ostatnie 2, przyczém rana okazała się zabliźnioną na całéj długości. Przez całe 2 tygodnie chorego żywiono wyłącznie pokarmami płynnemi, przestrzykując ranę przed i po spożyciu pokarmów rozczynem nadmanganezianu potasowego; również przez ten cały czas choremu nie pozwolono mówić; po upływie tego czasu chory stopniowo dostawał pokarmów coraz stalszych, również pozwolono mu wymawiać słowa; mowa z początku była niewyraźną jak przed operacyją, przytém chory doznawał zawady w podniébieniu; po upływie kilku dni jednak uczucie to ustąpiło; wymowa chorego coraz się poprawiała, osobliwie gdy nauczyciel zakładu głuchoniemych polecił choremu zatykając nozdrza unikać przepuszczania powietrza głównie przez nos, jak to chory dotychczas czynił, a natomiast przepuszczać przez usta; chory téż wnet nauczył się wymawiać wszystkie spółgłoski.

W przypadku tym zmieniłem kolej pojedynczych aktów operacyjnych a mianowicie najpierw założyłem szwy a późniéj dopiero odświeżyłem brzegi szpary; uważam ten spo-

sób operowania za daleko prostszy niż odwrotny, gdyż szwy dają się założyć daleko dokładniéj, aniżeli gdy je zakładamy dopiero po odświeżeniu brzegów szpary, wtedy bowiem dość znaczny krwotok zalewa pole operacyjne. Do założenia szwów użyłem wygodnego sposobu noszącego nazwę szwu Bérarda lub Averyego a używanego do szycia w jamach, tj. przeprowadzałem pojedyncze druty za pomocą pętli jedwabnych na drugą stronę ubytku. Do szycia użyłem mocnego drutu srebrnego, uważając go jako materyjał najpewniéj trzymający. Podnieść tu muszę okoliczność, że w moim przypadku zbytecznym był rozwieracz Whitcheada, który przygotowałem; podniesienie warg szerokiemi hakami podczas odświeżania brzegów szpary zupełnie wystarczyło do ochrony warg od uszkodzenia. Pędzelkowanie od czasu do czasu pola operacyjnego rozczynem kokainu 1:10 zupełnie wystarczyło do usunięcia bólu. Przypadek mój jest nowym dowodem korzyści z krwawego usunięcia szpar wrodzonych podniebienia i świadczy przeciw pesymistycznemu zapatrywaniu się niektórych chirurgów na tę operacyję [1]).

[1]) Chorego przedstawiłem na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego we Lwowie.

Osobna odbitka z „Przeglądu Lekarskiego."

Kraków, 1887 — Drukarnia Uniwersytecka pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.